

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

## ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431-52.82я431  
Д 70

**Редактор:**

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

**Заместитель редактора:**

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

**Редакционный совет:**

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.  
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:  
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378  
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Штурич И.П., Украинец С.Е.*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Актуальность.** Послеоперационные вентральные грыжи относятся к числу поздних осложнений в абдоминальной хирургии. Частота возникновения их после оперативных вмешательств на органах брюшной полости составляет 20 – 25% [3]. Хирургам известны и используются более 200 вариантов хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Однако, до настоящего времени нет единого мнения о причине возникновения послеоперационных грыж, по-разному решаются вопросы о выборе различных способов герниопластики, а соответственно различны и результаты хирургического лечения.

Конкурирующими методами герниопластики послеоперационных вентральных грыж являются ауто- и аллопластика передней брюшной стенки. При аутопластике для закрытия дефекта передней брюшной стенки нередко приходится использовать рубцово-измененные, истонченные и атрофированные ткани, что приводит к прорезыванию швов и формированию рубца недостаточной прочности. Возникающее повышенное внутрибрюшное давление способствует развитию легочной и сердечной недостаточности. Использование аллопластических способов закрытия грыжевых дефектов в клинической практике позволяет улучшить результаты лечения. Это привело к снижению числа рецидивов не более 1,8%, тогда как при аутопластике этот показатель составляет 25 – 49% [1, 2].

Особое место отводится антибиотикопрофилактике при грыжесечениях, поскольку возникновение инфекционных осложнений в послеоперационном периоде составляет 1 – 3%. Преимущественно они возникают при вмешательствах по поводу больших, рецидивных или послеоперационных грыж со скрытыми очагами инфекции (в рубцах, лигатурных гранулах, спайках) и большом объеме оперативного пособия [4].

**Цель.** Улучшить результаты лечения пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

**Материал и методы.** Работа основана на анализе результатов оперативного лечения 453 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «Витебская областная клиническая больница» с 2000 по 2010 г.г. Все пациенты имели сопутствующие заболевания (преимущественно – артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ожирение).

Аутопластика использовалась у 218 пациентов (48,1%), из них у 211 – с использованием полиспасных швов, у 1 – по Напалкову и у 6 – по Мейо.

Аллопластические способы герниопластики используются в клинике с 2004 года и применены у 235 пациентов (51,9%). В надапоневротическом про-

странстве фиксация эндопротеза выполнена у 87, в подапоневротическом (или ретромускулярно) – у 147, пластика без натяжения тканей (фиксация эндопротеза по краю грыжевых ворот) – у 1 пациента.

У 19 пациентов грыжесечение дополнено удалением избытка кожи с подкожной клетчаткой (кожно-жирового лоскута). Этапы операции заключались в следующем: разметка операционного поля, горизонтальный разрез внизу живота (максимальный эстетический эффект от его применения достигается при расположении даже длинного рубца в пределах зоны «плавок»), широкая мобилизация кожно-жирового лоскута до уровня края реберных дуг, грыжесечение и подапоневротическая или ретромускулярная аллопластика, резекция избыточной части лоскута, транспозиция или формирование пупка, дренирование подкожной клетчатки, наложение внутрикожного шва.

Пациентам на вторые сутки после операции разрешали садиться в постели, обязательным считалось использование бандажа.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась антибиотикопрофилактика, для этого использовались цефалоспорины I – IV поколений (цефазолин, цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефепим), фторхинолоны (офлоксацин, цiproфлоксацин), макролиды (эритромицин, азитромицин). Антибактериальная терапия проводилась 5,8±1,5 дней. Критериями отмены антибактериальных препаратов являлись – нормализация температуры тела, частоты сердечных сокращений, отсутствие признаков раневых осложнений.

Для предупреждения ТЭЛА назначали антикоагулянты прямого действия (клексан, фраксипарин).

**Результаты и обсуждение.** В раннем послеоперационном периоде легочно-сердечные осложнения возникли у 2 пациентов (0,4%), из них 1 умер (0,2%). Местные осложнения после аутопластики наблюдались у 8 (3,7%) пациентов (инфильтрат брюшной полости – 1, гематома операционной раны – 4, нагноение операционной раны – 3), после аллопластики – у 15 (6,4%) пациентов (серома при надапоневротическом расположении эндопротеза – 12, гематома операционной раны – 3). Отторжения или нагноения имплантатов не было. При выявлении серомы операционной раны выполнялась ее пункция под контролем УЗИ. При подапоневротическом расположении сетчатого имплантата осложнений в виде сером не выявляли.

## **Выводы.**

Аллопластика послеоперационных вентральных грыж позволяет существенно улучшить результаты лечения путем снижения числа рецидивов.

При выборе способа аллопластики предпочтение

необходимо отдавать подапоневротическому расположению имплантата.

Сочетание герниоаллопластики и абдоминопластики при больших и гигантских грыжах у пациентов с ожирением является патогенетически обоснованным способом профилактики рецидива грыж, позволяет достичь хорошего эстетического эффекта и улучшить качество жизни.

С целью предотвращения развития послеоперационных раневых осложнений необходимо использовать системную или длительную антибиотикопрофилактику.

#### **Литература:**

1. Жебровский, В.В. Хирургия грыж живота и эвентраций. – Симферополь. Бизнес-Информ. – 2002. – 440 с.
2. Тимошин, А.Д. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж передней брюшной стенки. – М.: Трида-Х, 2003. – 144 с.
3. Федоров, В.Д. Лечение больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж. Хирургия, 2000; № 1, с. 11 – 14.
4. Гаин, Ю.М. Антибактериальная терапия и профилактика хирургической инфекции. – М.: Медицина. – 2002. – 896 с.